Lane Medical Library

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel

ZUR LEHRE VON DEN EPILEPTISCHEN PSYCHOSEN

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE DER HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER CHRISTIAN-ALBRECHTS-UNIVERSITÄT ZU KIEL

VORGELEGT VON

MARIA LUEB

aus BORKEN i. Westf.

KIEL 1925

DRUCK: FR. SCHMIEDL, ESSEN

Aus der Pſychiatriſchen und Nervenklinik der Univerſität Kiel

ZUR LEHRE VON DEN EPILEPTISCHEN PSYCHOSEN

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTOR-WÜRDE DER HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER CHRISTIAN-ALBRECHTS-UNIVERSITÄT ZU KIEL

VORGELEGT VON

MARIA LUEB

aus BORKEN i. Weſf.

KIEL 1925

DRUCK: FR. SCHMIEDL, ESSEN

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0118

Nr. 55

Rektoratsjahr 1925/1926

Referent: Geh. Med.-Rat Professor Dr. Siemerling

Zum Druck genehmigt:

I. V.: Professor Dr. Gros
Prodekan

Die Epilepsie ist eine zu allen Zeiten und bei allen Völkern vorkommende Krankheit. Im Altertum war sie bekannt unter dem Namen „Die heilige Krankheit", morbus sacer, glaubten doch die Alten, ein Gott treibe in dem von Krämpfen erschütterten Leib sein Wesen. Das Charakteristische der Epilepsie ist der typische Anfall mit retrograder Amnesie. Die Epilepsie ist nun nicht nur durch die sich chronisch wiederholenden epileptischen Anfälle charakterisiert, sondern auch durch eine Anzahl körperlicher und psychischer Symptome. Was die körperlichen Symptome anbetrifft, so ist mancher Epileptiker oft schon an seinem Gesichtsausdruck, der epileptischen Physiognomie, als solcher zu erkennen: niedrige fliehende Stirn, breiter flacher Schädel, vorspringende Stirnränder der Augenhöhlen, stark entwickelte Jochbogen und Kiefer, wulstige Lippen. Der Gaumen ist oft hoch und schmal. Die Pupillen sind im allgemeinen auffallend weit, nicht selten verschieden, zeigen schnelle ausgiebige Reaktion, verstärkte psychische Reflexe. Narben, Einsenkungen, Lücken am Schädel weisen auf Verletzungen hin. Ferner beobachtet man oft Strabismus, Dystagmus, einseitige Ptosie, Gesichtszuckungen, Fußklonus, Zittern. Auch im Blute sollen typische Veränderungen nachweisbar sein, wie Erhöhung des Reststickstoffs, erhöhte Viskusität und erhöhter Choleosteringehalt.

Neben den mehr oder weniger ausgeprägten körperlichen Symptomen sind es vor allem die psychischen Störungen, die die Epilepsie charakterisieren. Man spricht kurz von epileptischen Psychosen und versteht darunter die akuten und

chronischen Seelenstörungen, welche sich im Verlauf der Epilepsie einstellen können. Sie finden sich nicht bei allen Epileptikern. Siemerling stellte nach seinen Erfahrungen an der Kieler Klinik fest, daß nur $^1/_5$ aller Epileptiker psychisch gesund sind. Diese epileptischen Psychosen können in einzelnen Fällen auch ohne die charakteristischen Anfälle auftreten, deuten dann aber durch das Typische ihrer Art mit Sicherheit auf die epileptische Natur des Leidens hin. Man bezeichnet sie als epileptische Aequivalente, bestehend in leichten Absenzen, Ohnmachten.

Man teilt die epileptischen Psychosen ein in

1. vorübergehende:
   a) Affektstörungen
   b) Verwirrtheitszustände
   c) paranoide Zustände
   d) Dämmerzustände.
2. dauernde.

Die dauernden Störungen führen zu Veränderungen des Charakters und der Intelligenz. Die Intelligenzstörungen können sich bis zur vollkommenen Demenz steigern.

Die epileptischen Psychosen können sowohl einzeln für sich als auch mannigfach untereinander kombiniert vorkommen. Die Zeit des Auftretens dieser Seelenstörungen ist verschieden. Meist entwickeln sie sich langsam in den ersten 5 bis 6 Jahren nach Auftreten des ersten Anfalls. Am stärksten pflegen sie zu sein bei frühem Auftreten des Leidens, während sie bei spätem Einsetzen oft ganz ausbleiben. Beim Auftreten der Epilepsie im höheren Alter führen meist wenige epileptische Insulte rasch den geistigen Verfall herbei. Doch hat auch diese Erfahrung keine allgemeine Gültigkeit. Im allgemeinen kann man sagen, je mehr Anfälle, desto schneller der geistige Verfall. Andererseits sieht man wieder Fälle, wo trotz Seltenerwerden der Anfälle der Schwachsinn unaufhaltsam fortschreitet.

Was die Art der epileptischen Seelenstörungen bei den beiden Geschlechtern anbelangt, so sind im allgemeinen bei

Frauen die eigenartigen psychischen Veränderungen der Persönlichkeit stärker entwickelt, während sich die Reizbarkeit mehr bei Männern findet. Bei Männern begegnen uns häufig die schweren Erregungszustände, wie sie leicht unter dem Einfluß des Alkohols zustande kommen; bei Frauen sehr viel weniger, dagegen beobachtet man bei ihnen Absenzen, Dämmerzustände, Ohnmachten sehr viel häufiger.

Unter den Ursachen der epileptischen Psychosen kommen alle jene in Betracht, welche auch beim Zustandekommen der Epilepsie eine vorbereitende oder auslösende Rolle spielen. Der überwiegende Teil der Epileptiker stammt aus Familien mit Geistes- oder Nervenkrankheiten. Intoxikationen, schwere Kopfverletzungen, Infektionskrankheiten, Wochenbett, Arteriosklerose können auslösende Ursachen sein. Als begünstigend für das Auftreten geistiger Störungen sind Effekte, Kopftraumen, Alkohol anzusehen, in seltenen Fällen das Einsetzen der Menstruation. Die daraus resultierende Seelenstörung gewinnt aber keine besondere Färbung gegenüber epileptischen Psychosen auf anderer Ursache.

Wie sind nun die Beziehungen zwischen Epilepsie und epileptischen Seelenstörungen? Da kommen nach **Binswanger** zwei Fragen in Betracht:

1. Bestehen bestimmte Zusammenhänge zwischen chronischen geistigen Veränderungen oder Degenerationen und dem epileptischen Grundleiden?
2. Besitzen die epileptischen Insulte einen bestimmten, die Anfälle überdauernden Einfluß auf das geistige Verhalten des Patienten?

Was die erste Frage anbelangt, so ist zu bedenken, daß die Epilepsie sich verhältnismäßig häufig bei geistig zurückgebliebenen, kongenital Schwachsinnigen und idiotischen Individuen vorfindet. In Idiotenanstalten werden häufig Individuen, die früher keine Zeichen von Epilepsie boten, plötzlich von einem typischen epileptischen Anfall befallen. Oft ist eine geringfügige Ursache wie Alkoholgenuß, Fieber, Einwirkung von Arzneimitteln, Verdauungsbeschwerden das

auslösende Moment. Diese Tatsache spricht gegen die irrtümliche Ansicht, daß die geistige Entwicklungsstörung immer eine Folge der in frühester Kindheit entstandenen Epilepsie ist. Oft ist gerade das Umgekehrte der Fall. Die pathologische Anatomie belehrt uns darüber, daß bei diesen Krankheitsfällen schwere anatomische Veränderungen der verschiedensten Art die Ursache der geistigen Entwicklungshemmung gewesen sind. Der Schwachsinn und die Epilepsie sind oft als zwei in gewissem Sinne koordinierte Krankheitsäußerungen aufzufassen, die einer gemeinsamen Ursache entspringen. Der angeborene Schwachsinn ist hervorgerufen durch verkümmerte Entwicklung oder frühzeitigen Untergang der funktionstragenden Nervensubstanz; diese Störungen der geistigen Entwicklung können nun zu Veränderungen der cerebralen Erregbarkeit, zu epileptischen Anfällen, führen. Dabei ist nicht zu verkennen, daß die Epilepsie, wenn sie sich zum angeborenen Schwachsinn hinzugesellt, für die geistige Entwicklung verhängnisvoll werden kann. Infolge Häufung der Insulte führt sie zu lange dauernden Erschöpfungszuständen der kordikalen Funktionen, die den ursprünglichen Defekt langsam vergrößern und eine gedeihliche Entwicklung der geringen intellektuellen Kräfte verhindern.

Was die zweite Frage anbetrifft, so ist es Tatsache, daß häufig wirklich ein Rückgang der geistigen Kräfte infolge eines epileptischen Leidens eintritt. Zum Verständnis dieser Tatsache ist zu berücksichtigen, daß die Epilepsie in der Mehrzahl der Fälle ein chronisches Gehirnleiden darstellt mit mehr oder weniger typischen pathologisch anatomischen Veränderungen wie Sklerose des Ammonshornes mit Degeneration der Nervenzellen und Hypertrophie der Glia oder Neuronenuntergang in der Hirnrinde mit Gliawucherung. Dieses Gehirnleiden tritt uns klinisch entgegen in Form der epileptischen Anfälle. Die epileptische Veränderung wird aber außer den Anfällen noch andere Störungen des Nervensystems hervorbringen können, die wir kurz als psychisch epileptische Degenerationen bezeichnen können. Diese psychisch epileptische Degeneration tritt nicht bei allen Epileptikern auf und kommt

bei den einzelnen Individuen in den verschiedensten Formen vor, von einfachen neurasthenischen Symptomen bis zur schwersten Demenz. Am meisten gefährdet sind:

1. Patienten, bei denen die epileptische Erkrankung schon vor oder in der Pubertät eingesetzt hat.
2. Diejenigen, welche an serienweise auftretenden Anfällen,
3. Diejenigen, welche an zahlreichen, abortiven Anfällen leiden.

Von größter Bedeutung ist das Maß der intellektuellen Veranlagung des Betroffenen. Geistig hervorragende, hoch oder sogar genial veranlagte Menschen, ertragen die schweren Erschütterungen ihres Nervensystems mit wunderbarer Leichtigkeit ohne bleibenden Nachteil. Von weltgeschichtlichen Persönlichkeiten sind Julius Cäsar, Mohammed, der Apostel Paulus, Napoleon I. wahrscheinlich mit Epilepsie behaftet gewesen. Bei guter geistiger Veranlagung also brauchen vereinzelte epileptische Insulte keine dauernde geistige Schädigung des Befallenen zu bedingen. Meist allerdings bleiben solche Fälle dem Arzte verborgen, da der Patient sein Leiden ängstwie ein Geheimnis hütet.

Nun zu den einzelnen Formen der epileptischen Psychosen. Da sind zunächst die vorübergehenden Seelenstörungen zu nennen mit dem plötzlichen Beginn, der kurzen Dauer, dem kritischen Ende, der Amnesie und der Neigung zu Recidiven. Die leichteste und zugleich häufigste Form bilden die Affektstörungen in Form periodischer Verstimmungen. Es handelt sich dabei um kurz dauernde, ohne äußeren Anlaß rasch kommende und wieder verschwindende, sich in gleichmäßiger Weise wiederholende Stimmungsschwankungen ohne auffallende Bewußtseinstrübung. Sie werden oft als Einleitung eines Anfalles, seltener im Anschluß daran beobachtet, treten aber auch öfter als selbstständige Erscheinungsform der Epilepsie auf, Sie pflegen sich 1 bis 2 mal im Monat, bisweilen nur alle 5 bis 6 Monate, in manchen Fällen alle paar Tage einzustellen. Das Bild der Störung ist in der Regel typisch, Die Kranken werden unvermittelt mißmutig, finster, mürrisch, abweisend, schlecht

aufgelegt, ziehen sich zurück, geben keine Antwort, bleiben von der Arbeit weg. Sie beginnen zu nörgeln, zu schimpfen, ihre Entlassung zu verlangen, sich über eine längst erlittene Benachteiligung zu beklagen. Dabei sind sie reizbar, streitsüchtig, ärgern sich über Kleinigkeiten, schlagen beim geringsten Anlaß roh darauf los und zerstören, was ihnen in die Hand fällt. Manche Kranke legen sich in klarer Erkenntnis des Zustandes dann für einige Zeit ins Bett oder ziehen sich zurück, bis die Verstimmung vorüber ist. Die Kenntnis solcher Zustände ist wichtig für das Verständnis mancher Fälle von Gehorsamsverweigerung, tätliche Angriffe auf Vorgesetzte. In anderen Fällen nehmen die gemütlichen Schwankungen der Epileptiker die Form innerer Beunruhigung und Niedergeschlagenheit an. Der Kranke glaubt sich beobachtet, meint, die Leute reden schlecht von ihm; wieder andere leiden an Versündigungsideen. Aus solcher Stimmung heraus entwickelt sich ein starker Lebensüberdruß mit Neigung zum Selbstmord.

Das Bewußtsein ist im allgemeinen klar; doch fühlen die Kranken oft, daß sie nicht denken können. Sie sind dumpf im Kopf, verwirrt, verrechnen sich, geben falsche Antworten. Häufig bestehen dabei Kopfschmerzen, Schwitzen, Pupillenerweiterung, Blässe oder Rötung des Gesichtes, Pulsbeschleunigung, Uebelkeit, Neigung zu Durchfällen.

In solchen Verstimmungen kann der Genuß schon geringer Alkoholmengen eine unheilvolle Wirkung ausüben. Es kommt zu komplizierten Rauschzuständen mit starker Bewußtseinstrübung und heftiger Erregung. Besonders verhängnisvoll ist der Umstand, daß die epileptische Verstimmung bisweilen zum Trinken verführt. Dann entsteht das Bild Dipsomanie, der periodischen Trunksucht. Es handelt sich dabei um einen anfallsweise auftretenden Drang zu unsinnigem Missbrauch geistiger Getränke. Von einem unwiderstehlichen Zwang erfüllt, werden die Kranken ins Wirtshaus getrieben, betrinken sich sinnlos, bis das letzte Geldstück verschwunden ist. Dann hört das Trinken plötzlich auf, es stellt sich unter starkem Ekelgefühl ein Schwächezustand ein, aus dem der

Kranke verhältnismäßig gesund erwacht. Trotz aller guten Vorsätze wiederholen sich die Anfälle in verschiedenen Zeitabständen.

Seltener als die periodische Gereiztheit oder Niedergeschlagenheit ist das anfallsweise Auftreten expansiver Stimmungen. Die Kranken sind in freudig gehobener Stimmung, begehen mutwillige Streiche, prahlen mit hoher Abkunft oder Verwandtschaft.

Den Verstimmungen nahe verwandt sind die Fälle von Verwirrtheit mit Stupor, Delirien, die sich bis zur Tobsucht steigern können, Halluzinationen. Fast nie verläuft eine epileptische Verwirrtheit nur unter dem Bilde einer deliriösen Verwirrtheit oder eines stuporösen Spannungszustandes. Beide wechseln ungemein häufig miteinander ab. Im Stupor sind die Kranken apathisch, sie sehen starr vor sich hin oder liegen wie schlafend da mit geschlossenen Augen. Die Sehnenreflexe sind lebhaft, an den Gliedern beobachtet man spastische Starre oder flexibilitas cerea. Die Schmerzempfindung ist herabgesetzt. Häufig löst ein gewaltiger Angst- oder Zornaffekt die unheimliche Ruhe und es erfolgt eine impulsive Gewalthandlung.

Ueberwiegt im Bilde der Verwirrtheit die Erregung, so spricht man von epileptischem Delier. Dem Ausbruch des Deliers pflegen Verstimmungen, Angst und Oppressionsgefühle voraus zu gehen. Dann aber kommt es schnell zu schwerer Bewußtseinstrübung, traumhafter Verworrenheit mit völliger Desorientierung über Ort, Zeit und Umgebung. Einzelne körperliche Symptome wie Zittern, Rötung des Gesichtes, Schweißausbruch, Albuminurie, Temperatursteigerung erinnern oft an das Krankheitsbild des Delirium tremens. Die Kranken werden von lebhaften Sinnestäuschungen heimgesucht. Die Halluzinationen des Epileptikers zeichnen sich vor allem durch große sinnliche Lebhaftigkeit aus, die Visionen durch bunte gesättigte Farben. Die Kranken sehen Blut und Feuer, riechen Schwefel, Leichen, Dünste. Inhaltlich herrschen bald ängstliche, schreckhafte, bald religiös ekstatische gehobene und heitere Delirien vor. Tiergestalten, Feuergarben, Wasserfluten, Diebe, Mörder dringen auf die Kranken ein, versetzen sie in

lebhafte Angst und veranlassen sie zur Abwehr und Flucht. Seltener herrschen heitere Delirien vor, die Kranken sehen jubilierende Engel, hören göttliche Stimmen, die ihnen frohe Botschaft zurufen.

Häufig erwachen die Patienten plötzlich aus ihrem Verwirrtheitszustand, ohne sich bei schweren Anfällen an ihn zu erinnern. Die Dauer der Anfälle schwankt zwischen mehreren Stunden und mehreren Wochen. Häufig wird auch ein remittierender Verlauf beobachtet, indem die Patienten eine zeitlang ruhiger und geklärter werden, vorübergehend in einen tiefen Schlaf verfallen, um dann von neuem wieder vollständig verwirrt zu werden.

Eine dritte Art der epileptischen Seelenstörungen sind paranoide Zustände. Sehr häufig entwickeln sich die Wahnvorstellungen aus einer einleitenden Bewußtseinstrübung; sie können sich aber auch bei voller Besonnenheit ausbilden. Schließen sich die Wahnvorstellungen zu einem System des Größen- und Verfolgungswahnes zusammen, so haben wir das Bild der Paranoia chronica eleptica. Sicherlich spielt beim Zustandekommen der paranoischen Ideen das stark entwickelte Mißtrauen der Epileptiker eine Rolle; sie fühlen sich beobachtet, zurückgesetzt, beeinträchtigt. Allerhand Sinnestäuschungen, Sensationen, Illusionen tragen zur Festigung ihrer Wahnidee bei, bis sich schließlich ein ganzes Wahnsystem herausbildet. Die Kranken glauben unter dem Einfluß einer höheren Macht zu stehen, daher oft die Wahnidee, ein Werkzeug Gottes zu sein. Häufig sind auch religiöse Größenideen; die Patienten halten sich für den Gesalbten oder den Nachfolger Christi. In einzelnen Fällen entwickelt sich ein Wahnsystem so plötzlich, daß wir von einer akuten Paranoia auf epileptischer Basis sprechen können. Die Dauer dieser Zustände ist verschieden. Oft verschwinden sie schnell, oft bleiben sie monatelang bestehen, so daß sie gewissen Formen der Dementia praecox ähneln.

Als letzte Form der vorübergehenden epileptischen Seelenstörungen ist der traumhafte Dämmerzustand zu nennen. **Westphal** hat ihn folgendermaßen charakterisiert. „Es gibt Zustände von der Dauer von Minuten bis Stunden, in welchen

das Bewußtlein derartig tief geſtört ſein kann, daß der Betreffende ſich in einem Ideenkreis bewegt, der wie losgelöſt erſcheint von ſeinem normalen, auf Grund deſſen und der damit verknüpften Gefühle und Willenserregungen er Handlungen begeht, welche dem gewöhnlichen Inhalt ſeines Denkens vollkommen fremdartig ſind und gar keine Beziehungen dazu haben, ohne daß dabei die Fähigkeit zu zuſammenhängenden und bis zu einem gewiſſen Grade unter ſich folgerichtigen Handlungen aufgehoben wäre". Dieſe Dämmerzuſtände treten meiſt ebenſo ſchnell ein wie ſie wieder verſchwinden. Ein auffallender Kontraſt beſteht zwiſchen dem äußerlich ruhigen Verhalten und der ſchweren Bewußtſeinstrübung. In den leichteſten Fällen iſt nur die Auffaſſung des Kranken getrübt; ſie verkennen ihre Umgebung, verirren ſich, begehen unſinnige Handlungen, oft unternehmen ſie weite Reiſen. Oft kommt es in den Dämmerzuſtänden zu kriminellen Handlungen, wie Brandſtiftung und Mord.

Von großer Wichtigkeit iſt das Verhalten der Sprache. Dieſe Sprachſtörungen im epileptiſchen Dämmerzuſtand ſollen nach **Raecke** geradezu charakteriſtiſch ſein und in hohem Maße zur Erkennung der epileptiſchen Natur des Leidens beitragen. Bald ſind die Sprachſtörungen mehr artikulatoriſcher Art - Lallen, Stottern, Skandieren - bald handelt es ſich um aphaſieartige Zuſtände. Die Kranken bleiben an beſtimmten Vorſtellungen und Worten kleben - Perſeveration -, bald kommt es zu ſtereotypen Wiederholungen oft ſinnloſer Wortzuſammenſtellungen - Verbigeration. Die Nebenſilben werden faſt ebenſo ſtark betont wie die Hauptſilben, ſo daß die ganze Sprache etwas ſingendes erhält.

Das Verhalten der Erinnerung entſpricht faſt vollkommen den Erfahrungen des Schlafes und Traumes. Es kann vollkommene Amneſie beſtehen. Recht häufig iſt eine ſcharf umſchriebene Gedächtnislücke vorhanden, in manchen Fällen aber erinnern ſich die Kranken noch beſtimmter Einzelheiten, meiſt ganz nebenſächlicher und gleichgültiger, während alles übrige verloren gegangen iſt.

An körperlichen Symptomen finden wir im Dämmerzustand Steigerung der Sehnenreflexe, Erweiterung der Pupillen mit Herabsetzen oder Fehlen der Reaktion. Häufig, besonders nach vorangegangenen Krampfanfällen, kann man Gesichtsfeldeinschränkungen, Nystagmus, Muskelzuckungen, positiven Babinski feststellen.

Während es sich im vorhergehenden nur um vorübergehende Störungen handelte, kommt es aber im Verlaufe der Epilepsie außerdem noch zu dauernden seelischen Schäden. Eine eigenartige Veränderung der psychischen Persönlichkeit pflegt sich im Laufe der Jahre bald langsamer, bald schneller zu entwickeln. Es kommt zu einem geistigen Verfall, der sich bis zur vollkommenen Demenz steigern kann. Die moralischen und ethischen Gefühle werden abgeschwächt, die Intelligenz nimmt ab, die Merkfähigkeit geht verloren. Die Urteilsfähigkeit ist eingeschränkt, die Anschauung langsam und schwerfällig, die Verarbeitung der Vorstellungen umständlich. Das Gedächtnis leidet in erheblichem Grade; Erfahrungen des früheren Lebens gehen spurlos verloren, neue Vorstellungen und Begriffe eignet sich der Kranke gar nicht oder nur mühsam an. Infolge dieser Verarmung des Vorstellungsschatzes muß die Bedeutung des eigenen Ich in der Weltanschauung des Kranken außerordentlich zunehmen. Es kommt zu einer egozentrischen Einstellung. Die eigene Persönlichkeit tritt in den Vordergrund, die Vortrefflichkeit des eigenen Ichs und der nächsten Angehörigen wird immer wieder betont. So kommt es zu der bekannten Familienlobrederei der Epileptischen. Außerordentlich schwere Störungen entwickeln sich im Bereich des Willens. Die Kranken sind zügellos leicht zu verführen, handeln triebartig. Manche sind gutmütig, leicht beeinflußbar, andere wieder wiederspenstig. Fast stets ist eine Unstetigkeit vorhanden, die die Kranken von einem Arbeitsplatz zum andern treibt, die beim Militär öfters zur Fahnenflucht geführt hat. In auffallendem Gegensatz zu dem oft so rohen und rücksichtslosen Wesen der Epileptiker steht ihre Neigung zur Mystik und Frömmelei. „Die armen Epileptischen, welche das Gebetbuch in der Tasche, den lieben

Gott auf der Zunge und den Ausbund von Kanaillerie im Herzen tragen". Das äußere Verhalten bleibt trotz hochgradiger geistiger Schwäche meist geordnet, so daß sie ihre äußeren Beschäftigungen noch gut zu verrichten vermögen, wenn auch mit großer Umständlichkeit und Pedanterie. Ihr Benehmen ist oft feierlich, würdevoll, förmlich.

Die Diagnose der epileptischen Seelenstörungen ist im allgemeinen leicht. Es gilt der Satz „Ohne epileptische Antecedentien keine epileptischen Psychosen". Meist sind die Störungen so charakteristisch, daß sie leicht erkannt werden. In zweifelhaften Fällen ist das Verhalten der Sprache und Pupillen zu berücksichtigen. Differentialdiagnostisch sind vor allem die Katatonie, Hysterie und das Delirium tremens zu nennen.

Auch bei der Katatonie kann es zu krampfartigen Zuständen mit erhaltenem Bewußtsein kommen. Die Art der Anfälle, vor allem das erhaltene Bewußtsein, werden die richtige Diagnose stellen lassen. Auf der Höhe nicht epileptischer Psychosen kann es einmal zu einem epileptischen Krampfanfall kommen, ohne daß wir deshalb in solchen Fällen von epileptischen Psychosen sprechen.

Schwieriger kann sich die Abtrennung von den hysterischen Psychosen, besonders von hysterischen Dämmerzuständen gestalten. In den hysterischen Dämmerzuständen sehen wir meist eine leichtere Anpassungsfähigkeit an die Umgebung, größere Lebhaftigkeit, ein theatralisches Benehmen. Die Bewußtseinstrübung ist nicht so schwer, in ihrer Sprache zeigen die Hysterischen das Symptom des Vorbeiredens und den Gebrauch phantastischer Wortgebilde.

In den epileptischen Delirien muß man differentialdiagnostisch an Delirium tremens denken. Schweißausbruch, Zittern sind im alkoholischen Delirium meist viel ausgesprochener; dann ist vor allem auch die Anamnese zu berücksichtigen.

Im Folgenden werden einige Fälle von epileptischen Psychosen aus der Kieler Nervenklinik beschrieben.

Fall I.

43jähriger Gärtner.

Anamnese (abgegeben vom Bruder):

Vater starb an einer Nervenkrankheit; er soll in den letzten Jahren gelähmt gewesen sein. Die Mutter ist schwermütig und nervös, leicht erregt. Von fünf Geschwistern starben drei an Kinderkrankheiten. Zwei Schwestern leben und sind gesund. Patient ist das dritte Kind. Er war bei der Geburt sehr schwach und bekam als Kind wegen seiner Schwäche sehr viel Portwein zu trinken. In der Schule wurde er leidlich fertig, in der zweiten Klasse konfirmirt. Nach der Schulentlassung wurde er Gärtner und war an mehreren Stellen tätig. Seit zwanzig Jahren ist er bei der Stadtgärtnerei. Seit dem 20. Lebensjahr leidet er an Anfällen, die alle paar Monate einmal auftraten. Vor einem Jahr erlitt er einen Unfall; er trug Verletzungen am Kopf davon. Es ist nicht bekannt, ob er bewußtlos war. Danach mehrere Wochen Bettruhe. Nach dem Unfall trat eine Häufung der Anfälle ein, sie wurden auch schwerer. Oft hatte er jeden Tag einen Anfall, oder mehrere an einen Tag. Auch Nachts traten Anfälle auf mit Bettnässen. Die Anfälle werden als typisch epileptisch geschildert. Seit Weihnachten 1923 ist es zu einer derartigen Häufung der Anfälle gekommen, daß der Patient arbeitsunfähig wurde. In den letzten 14 Tagen lag er dauernd zu Bett. In der letzten Nacht hatte er mehrere Anfälle, er tobte, geriet in Wut, schlug seine Mutter, so daß er in die Klinik verlegt werden mußte. Seit $^1/_2$ Jahr ist er psychisch stark verändert, stumpf und reizbar geworden. Er wurde früher wegen seiner Anfälle öfter in der Poliklinik behandelt.

Status: Größe: 164 cm, Gewicht: 48,8 kg. Temp. 36,5.
Urin: Z. ∅ E. ∅ Reaktion sauer.
Mittelkräftig gebauter Mann in mittleren Ernährungszustand. Gesicht leicht bläulich. Sichtbare Schleimhäute mäßig durchblutet. Schädel nicht klopf- und druckempfindlich. Glatze.
Schädelmasse: 16 : 19 : 57,5.
V Keine Druckpunkte.

Pupillen mittelweit, entrundet, gleich.
Conjunktivalreflex pos.
Cornealreflex pos.
Zunge gerade, belegt, zittert nicht, keine deutlichen Biß-narben. Gebiß defekt.
Gaumenbögen gleichmäßig gehoben. Harter Gaumen schmal und steil. In der Mittellinie eingezogene Narbe.
Würgreflex fehlt.
Sprache schwerfällig.
M. M. E. pos.
V. N. R. pos.
Abdominalreflex fehlt.
Cremasterreflex „
O. E. Tonus, Kraft nicht zu prüfen, spannt sehr.
Reflexe pos.
Tremor man. neg.
R. N. V. nicht zu prüfen.
U. E. Tonus und Kraft wie oben.
Kniephänomen gesteigert.
Achilles pos.
Kein Klonus.
Babinski und Lasegue neg.
Gang spastisch paretisch, muß geführt werden.
Sensibilität nicht zu prüfen. Schmerzempfindung herabgesetzt.

25. VII. 1924. Patient kommt in einer Zwangsjacke in die Klinik mit einem Bericht des Arztes, daß seine Aufnahme im öffentlichen Interesse notwendig sei. Er ist widerstrebend, schlägt nach jedem, der an ihn herantritt, ist aber sonst nicht aggressiv. Antwortet nicht oder ausweichend, versteht die Frage nicht, ist ganz verwirrt. Von Zeit zu Zeit murmelt er leicht lallend unverständliche Worte vor sich hin, ruft mitunter ängstlich „Meine Mutter soll nicht kommen". Halluziniert, glaubt sich verfolgt. Dann liegt er ruhig da mit blödem Gesichtsausdruck. Gelegentlich richtet er sich

auf, ängstlich umhersehend. Temperatur leicht erhöht.

26. VII. Nachts ziemlich unruhig. Luminal und Isopral. Morgens ist er verwirrt, aber nicht mehr so widerstrebend. Ißt gut. Er stöhnt und weint „Ich bin verrückt, ich habe nichts zu essen. Ich kann nicht". Dabei ist er ängstlich.
Körperlicher Befund. Ueber den Lungen Bronchitis. Herztöne paukend, erster Ton an der Spitze unrein. Puls beschleunigt, mittelgefüllt.
Leib ziemlich gespannt, Leber, Milz nicht vergrößert.
Stöhnt dauernd während der Untersuchung, glaubt, daß ihm etwas zuleide getan würde. Befolgt die Aufforderungen nur unvollkommen, faßt etwas besser auf.

27. VII. Puls schlecht. Gesicht leicht zyanotisch. Nach Kampfer und Coffein etwas erholt. Leichter Verwirrtheitszustand, stöhnt laut, wälzt sich im Bett herum.

28. VII. Näßt wiederholt ein, ißt schlecht, Besuch von der Mutter, erkennt sie und unterhält sich einigermaßen ordentlich mit ihr.

5. VIII. Hat öfter Augenblicke in denen er klarer ist.

10. VIII. Wieder verwirrter.

12. VIII. Somnolent, verwirrt.

13. VIII. Temperaturerhöhung, liegt im tiefen Schlaf, hustet gelegentlich. Lungen: Rechts hinten Schallverkürzung, Bronchialatmen mit Rasselgeräuschen.

15. VIII. Zunehmende Herzschwäche.
Mittags 12 Uhr exitus.
Sektionsprotokoll nicht vorhanden.

Es handelt sich um einen Fall von genuiner Epilepsie, wohl auf Grund erblicher Belastung. Das von Natur schwächliche Nervensystem des Kindes wurde durch reichliche Alkoholzufuhr in der ersten Kindheit, im späteren Leben durch

ein Kopftrauma stark geschädigt. Infolge der gehäuften epileptischen Insulte ist es zu starken psychischen Veränderungen des Patienten gekommen. In seinem Charakter ist er reizbar und widerstrebend; rücksichtslos schlägt er in seinen Erregungszuständen andere Patienten. Nach einem Tobsuchtsanfall mußte er in der Zwangsjacke im öffentlichen Interesse in die Klinik überführt werden, wo er in einem schweren Verwirrtheitszustand ankommt. Er ist desorientiert, halluziniert, glaubt sich verfolgt, so daß er ängstlich aufschreit. Seine Intelligenz hat stark gelitten, nach den Berichten der Angehörigen ist er in letzter Zeit stumpf geworden, wie schon sein blöder Gesichtsausdruck anzeigt. Seine Sprache zeigt manche der typischen Veränderungen; sie ist lallend und unverständlich. Infolge einer wie so häufig bei Epileptikern hinzutretenden Pneumonie trat der Tod ein.

Fall 2.

43jähriger Patient.

Wird von der Schupo aus Eckernförde gebracht.

Anamnese: Eltern nicht miteinander verwandt.

Keine Geisteskrankheiten in der Familie, keine Epilepsie. Eltern leben und sind gesund. Fünf Geschwister leben und sind gesund. Keine Krämpfe. Seit seinem elften Jahr hat Patient Anfälle mit Zungenbiß und Einnässen. Lernte gut in der Schule, wurde in der ersten Klasse konfirmiert, beim Militär von 1902—03. Wurde wegen epileptischer Anfälle entlassen. Als Soldat keine Krankheiten, keine Geschlechtskrankheiten. Nach der Entlassung arbeitete er als Bergmann, später als Fabrikarbeiter, wohnte bei den Eltern. 1910 kam er während eines mehrere Tage dauernden Dämmerzustandes in Konflikt mit der Polizei und wurde nach Lüneburg in eine Anstalt gebracht. Dort bis 1912. Dann nach Göttingen bis 1915, nach Hildesheim bis 1918. Seit seiner Entlassung arbeitete er in Fabriken, hatte öfter Anfälle, keine Dämmerzustände. Ostern 1924 wurde er arbeitslos. Mitte

Juli nachts einen Anfall, danach dumpfes Gefühl im Kopf, besonders hinten, sah Lichtstrahlen, die ihn blendeten und wärmten. Infolgedessen fühlte er sich zu Hause nicht mehr sicher, „Seine Eltern hatten ihm nichts davon gesagt". Er reiste nach Hamburg; während der ganzen Fahrt wurde er die Erscheinung nicht los; erst als er in Eckernförde eintraf, verschwand sie. Er fand eine Stellung als landwirtschaftlicher Arbeiter, erholte sich gut, konnte gut arbeiten. Vor acht Tagen wieder einen Anfall, danach fühlte er sich „total benebelt", konnte nicht arbeiten, was sonst nie nach einem Anfall passiert war. Saß die ganzen Tage untätig umher, ohne zu reden oder zu arbeiten. Er wollte nach Kiel zum Arzt. Auf dem Bahnhof machten sich ein gewisser Wilhelm von Bahrenhelm und noch ein Unbekannter an ihn heran. Er trank drei Glas Bier und zwei Schnäpse und schweifte mit den andern durch die Stadt. Nachmittags fand er sich plötzlich auf der Landstraße wieder, ohne zu wissen, wie er dahin gekommen war. Wilhelm und einige andere Leute „führten hier Theater und Lichtbilder auf". Er sagte ihnen Grobheiten, weil er glaubte, daß sie „seinen Koffer verwünschten und mit ihm selbst die Lebensprobe angestellt hätten, so daß er ganz duselig war". Einen hinzukommenden Eisenbahnbeamten schlug er mit dem Stock. Als er nach einer halben Stunde sich beruhigt hatte, wurde er von Polizeibeamten, „die natürlich dazu bestellt waren", festgenommen.

Aus den Akten der Heilanstalten zu Lüneburg, Göttingen, Hildesheim liegt über den Patienten folgender Auszug vor:

Am 6. X. 1909 wurde Patient in das Amtsgefängnis zu Uelzen wegen eines heftigen, wahrscheinlich durch chronischen Alkoholmißbrauch ausgelösten epileptischen Erregungs- und Verwirrungszustandes eingeliefert, er schrie, das Dorf sei verhext, man wolle ihm ans Leben, bedrohte die Menschen mit einer Heugabel. Im Gefängnis tobte er stark, war örtlich und zeitlich desorientiert, gab an, von Feinden verfolgt und zur Feueranbetung gezwungen zu sein. In der Anstalt trat langsam Beruhigung ein. Doch war er leicht reizbar, brutal,

nach Anfällen benommen, so daß er zeitweise einen völlig verstörten Eindruck machte. In unregelmäßigen Zeiträumen leidet er an Anfällen und Dämmerzuständen. 1899 soll er in Flensburg wegen Totschlags drei Monate in Untersuchungshaft gewesen, dann aber wegen seiner Krankheit freigesprochen worden sein. Der Patient hat eine eigenartige Begabung, sich mit Schnitzereien und Konstruktion von Uhren erfolgreich zu beschäftigen. Am 29. IV. 1914 entwich Patient aus dem verschlossenen Zimmer, wurde aufgegriffen und nach Göttingen überführt. Auch hier suchte er verschiedentlich von der Feldarbeit zu entweichen.

Status: Größe 166 cm; Gewicht 71 kg. Temp. 37,3 °.
Kopfmaße 16 : 19 : 59.
Urin: E. ∅ Z. ∅ .
R. R. 105/75.
Kräftiger Mann in gutem Ernährungszustand, fettleibig. Schädel kurz, etwas Turmschädel, niedrige Stirn, Kopf nicht klopf- und druckempfindlich. Nasenbein infolge eines Unfalles nach links verschoben.
Augenbewegungen frei.
Pupillen mittelweit, links etwas weiter als rechts, beiderseits rund.
Conjunktivalreflex neg.
Cornealreflex pos.
VII. symmetrisch.
XII. gerade, nicht belegt, kein Zittern, rechts alte Narben.
Gaumenbögen rechts und links gehoben.
Würgreflex pos.
Sprache langsam, stößt gelegentlich an.
M. M. E. pos.
V. N. R. pos.
O. E. : Tonus, Kraft o. B.
Reflexe beiderseits pos.
Tremor man. neg.
F. N. V. pos.
Abdominal und Cremaster pos.
U. E. : Tonus, Kraft o. B.

Kniephänomen schwach pos.
Achilles pos., kein Klonus.
Zehen plantar.
Romberg Lasegue neg.
Gang o. B.
Innere Organe:
Lungengrenzen normal. Klopfschall rechts gleich links. Atemgeräusch vesikulär.
Herzgrenzen und Töne normal.
Puls voll, weich, 72.
Leber, Milz nicht palpabel. Keine Druckempfindlichkeit
An der rechten Schulter über dem linken Schulterblatt und am linken Ellenbogen Narben und blaue Flecke.

10. IX. 1924. Auf Befragen erklärt der Patient, unter Lebensprobe verstehe er, daß man ihm Gift eingäbe, wahrscheinlich im Essen. Seine Eltern mußten vor 6 Wochen etwas davon gemerkt haben. Es ginge vom Standesamt aus; die wollten ausprobieren, ob er noch lebensfähig sei. Meist seien es Bekannte. Er habe sich niemals darum gekümmert. Von diesen werde er auch mit X-Strahlen durchleuchtet, oder „sie verdenken ihn in nichts, ins absolute Nichts". Die Anfälle treten gewöhnlich alle 6 Wochen auf, oft mehrere hintereinander. Oft fühlte er sich ein paar Tage vorher in heiterer Stimmung. Ihm komme eine Melodie in den Kopf, die er den ganzen Tag habe, er freue sich darüber und pfeife sie. Nach dem Anfall fühle er sich gedrückt, leicht gereizt, in den Kinderjahren habe er danach geweint. Manchmal merke er vorher, daß die Sinne schwankend werden, höre Geräusche, die nicht da seien, könnte schlecht gedruckte Schrift lesen. Er habe Flimmern vor den Augen, der Geschmack im Munde ließe nach, der Kopf werde heiß. Manchmal könne er sich vorher hinsetzen. Oft sei das Bewußtsein nur halb

weg, nur wenige Minuten, er sehe dann starr, spreche nicht, lege alles beiseite.

15. IX. Keine Anfälle, benimmt sich ruhig und geordnet, bildet seine paranoischen Ideen langsam zurück.

30. IX. Keine Anfälle. Hat eigentümlich mürrisches Wesen. Kommt eines Tages ins Aerztezimmer, fragt, ob er verrückt wäre, und ob es mit ihm wieder besser werden könnte. Ist ruhig, nach dem ihm versichert ist, er sei nicht seelisch krank. Er möchte gerne in eine Anstalt, schreibt einen ordentlichen Brief an seinen Vater.

15. X. Keine Anfälle, hilft fleißig bei den Reinigungsarbeiten, mürrisches Gesicht, freundliches Wesen, nur gegen einen Patienten unfreundlich, schlägt ihn.

1. XI. Ziemlich mürrisch, stumpf, leicht erregbar, verlangsamt, keine Anfälle.

10. XI. Nachdem er vom Vater sein Werkzeug geschickt bekommen hat, erhält er auf seinen Wunsch die Erlaubnis, sich in einem besonderen Raum mit Uhrmachen zu beschäftigen.

25. XI. Baut nach eigenen Plänen eine Uhr aus Holz. Entwickelt dabei ein seltenes Geschick und viel Fleiß.

18. XII. Hat seine Holzuhr, eine sehr saubere und geschickte Arbeit, fertiggestellt. Leicht gereizt, doch im ganzen ruhig und unauffällig.

10. II. 25. Arbeitet fleißig und ruhig für sich. Ist unter den Kranken leicht heftig, aufbrausend, roh in seinen Ausdrücken, keine Anfälle.

15. III. Oft gereizt, fühlt sich benachteiligt, schimpft in gemeinen Ausdrücken. Läßt sich heimlich Alkohol besorgen und trinkt bei der Arbeit, geht dann aber meißt ruhig schlafen.

19. III. Schlägt einem Schwachsinnigen, dessen ungeschicktes Verhalten ihn ägert, mit dem eisenbeschlagenen Stiefelabsatz eine klaffende Wunde in die Stirn.

20. III. Nach Neustadt überführt.

Es handelt sich um einen Kranken mit epileptischen Anfällen auf Grund chronischen Alkoholismus. Schon das Aeußere des Patienten mit dem Turmschädel und der niedrigen Stirn weist auf ein geistig minderwertiges Indiviuduum hin. Die zeitweise besonders nach Alkoholabusus heftig und häufig auftretenden Krämpfe haben zu schweren psychischen Veränderungen geführt. Der Kranke zeigt in seinem ganzen Verhalten den typischen epileptischen Charakter. Er ist leicht gereizt, aufbrausend, jähzornig, brutal auf der einen Seite, auf der anderen Seite ruhig und freundlich. Die Sprache ist zögernd und verlangsamt. Dabei zeigt er eine besondere, manchem Epileptiker eigene Begabung für Schnitzereien und mechanische Arbeiten. Die bei ihm gelegentlich auftretenden Dämmerzustände mit Bewußtseinsverlust und lückenhafter Erinnerung sind typisch; plötzlich verläßt er seine Arbeit, wandert fort, und weiß, wenn er aus seinem Dämmerzustand erwacht, nicht, wie er hergekommen ist. Seine geistigen Fähigkeiten haben infolge der Erkrankung stark nachgelassen. Da es sich um ein schon langdauerndes und nicht zu behebendes Leiden handelt, das durch Alkoholmißbrauch, von dem der Patient sich nicht entwöhnen kann, stets verschlimmert wird, so ist anzunehmen, daß seine geistigen Fähigkeiten im Laufe der Jahre noch weitergehend reduziert werden. Vielleicht sind seine Seelenstörungen nicht allein durch die epileptischen Insulte hervorgerufen; man muß auch daran denken, daß der Alkoholgenuß als solcher sein Nervensystem schwer geschädigt hat.

Fall 3.

16jähriger Patient.

Der Großvater mütterlicherseits soll an Trunksucht gelitten haben. Keine Nervenkrankheiten in der Familie. Vater gesund, Mutter an Florider Tbc. gestorben mit 39 Jahren. Neun Geschwister leben und sind gesund.

Geburt und erste Entwicklung normal; Laufen und Sprechen rechtzeitig gelernt. Als Kind von drei Jahren Lungenentzündung. Danach gesund. Kein Bettnässen, keine nächtliche Angst. Mit fünf Jahren Verlust des rechten Auges beim Spielen durch Stich mit der Forke. Mit dreizehn Jahren zum ersten Male Anfälle, wobei er mit dem rechten Arm hin und her drehte. Zuerst kein Bewußtseinsverlust, nachher fiel er hin und verlor das Bewußtsein. Kein Zungenbiß, bei Tage kein Einnässen. Zuletzt „stieß er den Atem aus", drehte sich um, als wenn er etwas suchen wollte und kam dann wieder zu sich. Dauer 2—3 Minuten. Zuerst jeden Tag 2—3 Anfälle, später 8—9 an einem Tage. In der letzten Zeit Aufschreien, Steifwerden, Blauwerden, Atemnot, Zuckungen, Nachlassen des Gedächtnisses und der Lernfähigkeit. Häufig Verletzungen beim Anfall. Jetzt sehr reizbar, empfindlich, nervös. Seit zwei Tagen verwirrt, glaubt, man wolle ihn ertränken; lief nachts im Hemd herum und sprach von Hausanzünden. Sah seine verstorbene Mutter im Traum als Engel. Kam vorgestern Nacht immer aus dem Bett, wollte aus dem Fenster steigen, rief seinen Vater. Lief am nächsten Tage zum Teich, konnte nur mit Mühe zurückgehalten werden. Aß die letzten Tage nichts, keine Vergiftungsideen. Antwortete nichts auf Anruf, war schwermütig, lachte dagegen gegen Morgen furchtbar. Heute früh verständiger; als der Vater kam, beruhigte er sich und wollte mit ihm zum Arzt. Wußte, daß er vor $1\frac{1}{2}$ Jahren in der Poliklinik war. Hier wurde er damals elektrisiert, er war auch beim Wunderdoktor.

Status:

Kopfmaße: 15 : 18,5 : 56.
Schädel nicht druck- und klopfempfindlich.
Am Hinterkopf eine etwa 3 cm lange, etwas druckempfindliche Narbe.
Gesicht etwas asymmetrisch.
V. keine Druckpunkte.
Augenbewegungen links frei, rechts Prothese.

Pupille mittelweit, rund. Lichtreaktion pos.
Annäherungsreflex pos.
Conjunktivalreflex fast negativ.
Cornealreflex träge.
Zunge weicht etwas nach links ab, keine Bißnarben, nicht belegt, kein Zittern.
Gaumenbögen rechts und links gehoben.
Würgreflex negativ.
Sprache o. B.
M. M. E. pos.
V. N. R. abgeschwächt.
O. E. Tonus Kraft o. B. Reflexe lebhaft.
Tremor man. angedeutet.
R. N. V. sicher.
Abdominal Cremaster pos.
U. E. Tonus Kraft o. B.
Kniephänomen lebhaft.
Achilles lebhaft.
Zehen plantar.
Romberg neg.
Gang schwerfällig.
K. H. V. pos.
Sensibilität intakt.
Innere Organe. Lungengrenzen beiderseits etwas tiefstehend.
Klopfschall recht gleich links.
Atemgeräusch normal.
Herz: Grenzen und Töne normal.
Puls: regelmäßig, gleichmäßig.
Leib o. B.

18. IV. Patient gibt von selbst eine leidliche Anamnese. An die Verwirrtheitszustände der letzten Tage hat er keine Erinnerung, weiß nur, daß er von seiner Mutter geträumt hat und nichts essen möchte. Das Gedächtnis sei schlecht geworden.

(3 mal 9) pos. (7 mal 11) pos.
(5 mal 8) pos. (11 mal 12) 81, 82, 82.

(Wo geht die Sonne auf?) pos.
(Himmelsrichtungen?) pos.
(Wo geht die Sonne unter?) Norden.
(Wo hier?) Neumünster, Nervenklinik.
(In Kiel?) ja.
(Datum?) 6. IV.
(Wochentag?) neg.
(Jahr?) 1920, das 25. Jahr.
(Monate aufzählen?) langsam, stockend.
(Wochentage?) langsam.
(Welche Stadt an der Elbe?) Hamburg.

19. IV. Zahlreiche Anfälle Tag und Nacht. Kurzer Aufschrei, keine Zuckungen, kein Zungebiß, kein Einnässen. Dauer ½ Minute und weniger. Danach Bewußtseinstrübung. Keine großen Anfälle. Heute plötzlich ängstlich erregt, läuft schreiend aus dem Saal.

20. IV. Anhaltende Unruhe, Verwirrtheitszustand. Schreit dauernd, klagt über Schmerzen und Parästhesien in Arm und Bein. Gänzlich unzugänglich.

24. IV. Somnolenz, nicht fixierbar, schreit dabei fast unausgesetzt. Nur starke Narkotica bringen vorübergehende Beruhigung. Näßt ein, beschmutzt sich.

27. IV. Unverändert, nicht zu erwecken, immer wieder laute unartikulierte Schreie ausstoßend. Atmung nach Cheyne-Stocke. Schluckt nicht. Puls oberflächlich leicht unterdrückbar.

28. IV. Anhaltende Somnolenz, dabei pulslos, erholt sich nicht trotz Narkotica. 7^{45} Uhr Exitus. Sektionsprotokoll liegt nicht vor.

Es handelt sich um einen Fall mit schweren epileptischen Anfällen, die bereits seit dem fünften Lebensjahr bestehen. Die zahlreichen epileptischen Insulte haben die Psyche des Patienten schwer verändert. Nach den Anfällen traten schwere Verwirrtheitszustände auf, in denen der Patient desorientiert war

über Zeit, Ort und Umgebung, dabei halluzinierte er, sah seine Mutter als Engel. Dann wieder glaubte er sich verfolgt, lief nachts im Hemd auf die Straße und wollte sich in einem Teich ertränken. Dann wieder lag er nach den Anfällen in schwerer Somnolenz, aus der er nicht zu erwecken war. Von typischen Charakterveränderungen ist uns nichts bekannt. Seine geistigen Fähigkeiten haben infolge der epileptischen Insulte stark gelitten. Das Gedächtnis hat nachgelassen; selbst einfache Rechenaufgaben werden nicht mehr richtig gelöst. Es handelt sich hier also um einen Fall, in welchem die epileptischen Seelenstörungen schnell und stark eingetreten sind, wie es ja häufig bei so frühzeitigem Einsetzen des Leidens der Fall ist. Die sich dauernd wiederholenden Anfälle nahmen den Körper so mit, daß der Exitus eintrat.

Fall 4.

27jähriger Patient.

Anamnese: Keine Nervenkrankheiten in der Familie. Mutter gesund, Vater gesund, kann nach einem Hitzschlag den linken Arm nicht mehr bewegen. Sechs Geschwister leben und sind gesund. Drei starben als Kinder an unbekannter Krankheit. Als Kind war der Patient krank. In der Schule lernte er schlecht. Drei Sommer fuhr er auf einem Fischdampfer, arbeitete dann beim Vater in der Landwirtschaft. Wurde 1916 eingezogen. 1917 wurde er dreimal hintereinander verschüttet. Beim letzten Mal war er bewußtlos, als er aufwachte zitterte er am ganzen Körper. Dann kam er nach Hamburg. Als er dort Posten stehen mußte, bekam er Krämpfe und wurde entlassen. Danach arbeitete er in der Landwirtschaft. Pferdeknecht konnte er nicht sein, weil er sich bei den Pferden zu sehr aufregte und dann Krämpfe bekam. Wegen seiner Anfälle wurde er überall entlassen. Die Krämpfe traten besonders nach Aufregungen und schweren Arbeiten auf. Nachts nie Anfälle, meist, wenn Leute dabei sind. Er merkt die Anfälle nicht vorher, fällt auf einmal hin, ist bewußtlos, die Augen sind geschlossen, die Hände liegen auf dem Leib, die Arme zucken. Kein Zungenbiß, kein Einnässen. Nach

dem Anfall müde, abgeschlagen, Kopfschmerzen. Keine Erinnerung mehr an den Anfall.

Status:

Größe 171 cm, Gewicht 71,9 kg. Temp. 37,3 °.
Kopfmaße 15,5 : 19 : 57.
Urin: E. ∅, Z. ∅.
R. R. 120/70.
Mittelgroßer Mann in mittlerem Ernährungszustand von kräftigem Körperbau. Gesichtsausdruck etwas blöde. Der Mund steht offen, die Stirn liegt in Falten, Haupthaar spärlich, beginnende Glatze. Hinterkopf leicht klopfempfindlich; hier drei kleine druckempfindliche Hautnarben.
V. rechts leicht druckempfindlich.
VII. symmetrisch.
XII. gerade, belegt, zittert nicht.
Gaumenbögen rechts und links gehoben.
Rachenreflex fehlt.
Sprache o. B.
Augenbewegungen frei, geringer Nystagmus.
Pupillen rechts gleich links, mittelweit, rund.
Cornealreflex pos.
Conjunktival neg.
M. M. E. pos.
V. N. R. pos.
O. E. Tonus, Kraft o. B.
Reflexe pos.
F. N. V. pos.
Tremor man. neg.
Abdominalreflex lebhaft. Cremasterreflex pos.
U. E. Tonus, Kraft o. B.
Kniephänomen, Achilles zur Zeit nicht auslösbar.
Zehen lebhafte Abwehrbewegung.
Babinski neg. Romberg neg. Lasegue neg.
Gang o. B.
Sensibilität o. B.
Lungen: Grenzen normal, Atemgeräusch vesikulär.

Herz: Grenzen und Töne normal.
Puls mittelgefüllt, regelmäßig, etwas beschleunigt.
Leib o. B.
Intelligenz: (5 mal 8) pos. (6 mal 9) pos.
(11 mal 12) 115 (114 — 16) 94
($^1/_2 + ^1/_4$) pos
(Wie nennt man eine Zahl wie $^1{}_4$?) „nennt man ein Teil".
(Große Flüsse in Deutschland?) Weser, Werra, Fulda und Rhein.
(Wo entspringt der Rhein?) Da bei Darmstadt.
(Wohin fließt er?) durch den Rheingau usw.
(Wann letzter Krieg?) 1914 im August bis 20.
(Was war am Kriegsende?) da war Klamauk in Hamburg.
(6. Gebot?) ja, wenn ich das wüßte. Die Gebote kenne ich, bloß den Anfang nicht.
(Unterschied zwischen Fluß und Teich?)

30. XII. Schläft viel, zwei Anfälle, bei einem reagierten die Pupillen nicht, beim zweiten träge. Sonst beim Anfall keine Zeichen von Epilepsie.

1. I. 25. Heute epileptischer Anfall, hinterher kurze Zeit verwirrt, gereizt, widerspenstig, stumpf.

7. I. Unordentlich, kindisches dementes Verhalten. Dauernd leicht gereizt, widerstrebend, wird agressiv gegenüber den Mitpatienten.

28. II. Kindisch, laut, kommt leicht in Streit, neigt zu Verstimmungen, leidlich gefügig. Wiederholte Anfälle.

1. IV. Im letzten Monat keine weiteren Anfälle, leicht gereizt, oft weinerlich, im Wesen wie ein Kind, Gesichtsfarbe meist leicht zyanotisch.

21. IV. Verstimmt, weint viel, hat Heimweh, versucht, sich im Bett mit einem Riemen zu erwürgen. Nach Schleswig überführt.

Es handelt sich um einen Fall von Epilepsie auf traumatischer Grundlage. Seit der letzten Verschüttung im Feld litt der Patient an epileptischen Anfällen. Da das Trauma ein an sich schon etwas minderwertiges Gehirn traf, — der

Patient konnte in der Schule nur schlecht vorwärts kommen — hatte es vielleicht besonders schwere Folgen gehabt, so daß der geistige Verfall infolge der gehäuften Anfälle sehr schnell eintrat. Die Intelligenz ist so stark herabgesetzt, daß man ihn fast als dement bezeichnen kann. Sein Charakter zeigt wieder die typischen Merkmale des Epileptikers. Er ist gereizt, grundlos verstimmt, jähzornig und brutal. Seine Stimmung ist oft traurig, er versucht einmal, sich in einem Anfall von Schwermut das Leben zu nehmen. Bemerkenswert bei den Patienten ist, daß die Anfälle und damit die Verstimmungen besonders häufig im Anschluß an Erregungen auftreten.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling für die freundliche Ueberlassung des Materials und die gütige Durchsicht meiner Arbeit meinen ehrerbietigsten Dank abzustatten.

Literatur.

Siemerling: Epileptische Psychosen und ihre Behandlung. Berliner klinische Wochenschrift. 46, 1909.

Siemerling: Zur Lehre von den epileptischen Bewußtseinsstörungen. Archiv für Psychiatrie. Band 42, 1907.

Binswanger: Epilepsie.

Feige: Geistesstörungen der Epileptiker. Vierteljahrsschrift für Medizin. 9—10, 1895. 3. Folge.

Hinrichsen: Beitrag zur Kenntnis des epileptischen Irreseins. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. 68, 1911.

Kraepelin: Psychiatrie. 3. Band.

Liepmann: Epileptische Geistesstörungen. Deutsche Klinik. 6, 2, 1906.

Gowers: Epilepsie. 1902 Wien.

Raecke: Das Verhalten der Sprache in epileptischen Verwirrtheitszuständen. Münchener medizinische Wochenschrift. 1904.

Aschaffenburg: Ueber die Stimmungsschwankungen der Epileptiker. Halle 1906.

Lebenslauf.

Ich, Maria Lueb, katholischer Konfession, wurde am I. V. 1900 als Tochter des Arztes Dr. J. Lueb in Borken in Westfalen geboren. Ich besuchte die Realgymnasiale Studienanstalt zu Münster in Westfalen, die ich Ostern 1920 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Studierte in Heidelberg und München, wo ich im Juli 1922 die ärztliche Vorprüfung bestand. Dann besuchte ich die Universitäten Freiburg, Rostock, München, Kiel. Hier legte ich am 19. VI. 1925 die ärztliche Prüfung ab.